

福井市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

福井市長 様

申請者 住 所

氏 名 (産婦との続柄:)
電 話

福井市産後ケア事業実施要綱第6条第1項の規定に基づき、産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

なお、本申請に当たり、福井市長が、私が出産した医療機関等に対し必要な調査および連絡をすることならびに私の世帯の所得等必要な事項を公簿その他必要な方法により調査することに同意します。

利用者氏名 <small>ふりがな</small>	生 年 月 日	
	年 月 日(歳)	
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ	
滞在先住所	※里帰り等により住所地以外での滞在先(福井県内に限る)がある場合に記入	
電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者電話番号と同じ	
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	
世帯区分	<input type="checkbox"/> 市町民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯	
緊急連絡先	氏名 電話	利用者との関係()
出産(予定)日 (出産(予定)施設)	年 月 日 ()	
妊娠、分娩、出産後の状況	妊娠中の異常: 無・有(具体的に)	
	分娩中の異常: 無・有(具体的に)	
	出産後の異常: 無・有(具体的に)	
児の状況	氏名	生年月日 年 月 日
	性別 男・女	出生順位 第 子
	出生体重 g	在胎週数 週 日
	出生時の異常: 無・有(具体的に)	
	その他の異常: 無・有(具体的に)	

2児の場合	氏名	生年月日 年 月 日
	性別 男・女	出生順位 第 子
	出生体重 g	在胎週数 週 日
	出生時の異常: 無・有(具体的に)	
	その他の異常: 無・有(具体的に)	
利用の理由 ※利用を希望される理由に当てはまるものを選び、状況を記入してください。(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 乳房ケアや授乳についての指導 (具体的な状況) <input type="checkbox"/> 育児相談や育児技術の指導 (具体的な状況) <input type="checkbox"/> 母子の健康管理、乳児の発育・発達の確認 (具体的な状況) <input type="checkbox"/> 休息時間の確保 (具体的な状況) <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況)	
希望するサービス	希望する日	
<input type="checkbox"/> 宿泊型	年 月 日 ~ 月 日	
	年 月 日 ~ 月 日	
<input type="checkbox"/> 通所型	年 月 日 ~ 月 日	
	年 月 日 ~ 月 日	
	年 月 日 ~ 月 日	
利用希望する施設 (事業者)	第1希望() 第2希望() 第3希望() ※施設(事業者)の状況により希望に添えないこともあります。	

※キャンセル料の徴収について

宿泊型および通所型(6時間型)の利用申込をされた場合において、利用前日以降の利用者の都合によるキャンセルにはキャンセル料がかかる場合がありますので、速やかに利用申込をされた施設にご連絡ください。

